Lane Medical Library

Die

Hernien des eirunden Loches.

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 10. October 1868

VON

Georg Thiele

aus Niesky, Oberlausitz.

OPPONENTEN:

J. Brinkmann, Dr. med.
A. Boecker, Dr. med.
W. Schattenberg, Cand. med.

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON GUSTAV LANGE.

Seit dem Jahre 1858 kamen zum ersten Mal im verflossenen Sommer im pathologischen Institut zu Berlin wieder zwei Fälle der seltenen Hernien des eirunden Lochs zur Beobachtung. Herr Professor Virchow war so gütig, mir dieselben zur Veröffentlichung für meine Inauguraldissertation zu überlassen, und wurde mir auch die Einsicht der Krankengeschichten von Herrn Geheimrath Frerichs gestattet. Da das Kapitel von diesen Hernien noch ein ziemlich unbekanntes Gebiet ist, einerseits weil sie selten sind, andererseits weil man erst seit etwa zwanzig Jahren angefangen hat, ihnen mehr Aufmerksamkeit zu schenken, so sind diese beiden Fälle ganz interessante Beiträge dazu, da der eine richtig diagnosticirt, wie die Section lehrte, und mit Bezug auf die neueren Erfahrungen untersucht ist, und der zweite eine auffallende Aehnlichkeit mit ersterem zeigt.

Die letzte grössere Arbeit über Hernia obturatoria, verbunden mit einer Statistik der bis dahin bekannten Fälle, hat Roman Fischer (Luzern 1856) geliefert; seitdem sind noch, so viel ich habe ermitteln können, 24 Fälle bekannt gemacht worden, und ist die Ver-

gleichung dieser Fälle höchst wichtig, da dieselben, genauer beobachtet und untersucht, die frühern Erfahrungen theils bestätigen, theils vervollkommnen, auch in mancher Hinsicht umstossen und das jetzige Urtheil über diese Hernien zu einem von dem frühern wesentlich verschiedenen machen. Ich werde das Resultat meiner Vergleichungen an den betreffenden Stellen anführen.

Die Beschreibungen dieser 24 Fälle finden sich an folgenden Stellen: Hospitels Tidende 23. u. 28. 1859; Gazette des hôpitaux 17. 1860 u. 137. 1866; Lancet I. 5. January 1857; Transact. of the path. Soc. XVII.; Nassau. med. Jahrb. 1861. Hft. 17 u. 18; Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens etc. der freien Stadt Frankfurt 1859. 305; Auswahl einiger seltenen und lehrreichen Fälle, beob. in der chir. Klinik der chirurg. med. Akademie zu Dresden. Pech. 1858; Inauguraldissertation von L. Schuster. Berlin 1858; Archiv der Heilkunde VI. 468; Würtemb. Corresp. Bl. 1857. 37, 1859. 8, 1860. 42, 1862. 21 und 1862. 39; Deutsche Klinik 1862. 11; Wiener med. Wochenbl. 1857. 3 u. 42, 1861. 2 u. 3.

Zu diesen 24 Fällen kommen nun meine beiden Krankengeschichten.

1. Münzner, aufgenommen am 26. Juli, giebt an: sie sei 64 Jahre alt, seit dem 19. d. Monats erkrankt mit Erbrechen und Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibs. Auf Befragen erklärt sie, dass sie im

rechten Beine Schmerzen gehabt habe, und zwar beschreibt sie dieselben als an der Hinterseite des Oberschenkels verlaufend und nur bis zum Knie reichend. Dieselben sollen zuerst am 20. aufgetreten sein und mehrere Tage bestanden haben. Seit wann dieselben aufgehört haben, weiss die Kranke nicht. Das Erbrechen soll bis heute angedauert haben, das Erbrochene in der letzten Zeit von braungelbem Aussehen und ausserordentlich üblem Geruch gewesen sein. Stuhlgang war zuletzt vor vier Tagen da.

Bei der Untersuchung zeigte sich die Patientin ausserordentlich collabirt: die Augen sind tief eingesunken, die Haut runzlig, teigig, kühl, aufgehobene Falten bleiben stehen. Der Puls ist ausserordentlich klein und frequent, die Stimme fast klanglos, die Sprache wie alle Bewegungen schwach und zitternd, aber hastig. Das Abdomen ist mässig aufgetrieben, aber weich, nicht gespannt; es scheint der Verlauf des Colon darin sich zu markiren. Druck in der rechten Unterbauchgegend ist sehr schmerzhaft, und zwar mehr nach innen von der Art. iliaca, bis auf welche man deutlich eindringen kann, als nach aussen davon. Auch tiefer Druck an der Innenseite der rechten V. femoralis ist schmerzhaft, doch sind an den zugänglichen Bruchpforten keine Abnormitäten nachzuweisen. Stiche und Berührungen empfindet Patientin angeblich an der Hinterseite des rechten Oberschenkels ebenso gut wie links.

Das warme Bad schafft keine Erleichterung; der Inhalt eines Kaltwasserklystiers fliesst sofort wieder ab. Um 11½ Uhr Abends erfolgte der Tod im Zustand des höchsten Collaps.

Sectionsbefund: Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man das grosse Netz, das als fettreiche Schlinge die Därme in toto bedeckt und auf der linken Seite am innern Umfang des For. obturatorium durch Adhäsionen befestigt ist. Nach Zurücklegung des Netzes sieht man eine Anzahl stark ausgedehnter Dünndarmschlingen, deren Serosa im Zustand einer intensiven hämorrhagischen Hyperaemie ist, ohne nachweisbare Exsudation; hinter den dilatirten liegen alsdann viele engere Dünndarmschlingen mit blasser, leicht schiefriger Serosa. Auch der Dickdarm ist in der ganzen Ausdehnung eng und contrahirt. In der rechten Hälfte des Beckens sieht man nach Zurücklegung der vorliegenden Dünndarmschlingen eine dilatirte Schlinge direkt gegen das For. obturatorium zustreben und in dasselbe eintreten; unmittelbar daneben kommt aus demselben eine enge blasse Dünndarmschlinge heraus und setzt sich in das untere Ende des Ileum fort. Die betreffende Stelle findet sich im Anfang des Ileum, und die dilatirten Darmschlingen liegen sämmtlich oberhalb, die engen unterhalb derselben. Im For. obturatorium sitzt die eingetretene Darmschlinge ziemlich fest, und beim Ziehen von der engen Schlinge aus rührt sie sich nicht, dagegen gelingt es durch dauernden Zug von der dila-

tirten Schlinge aus, das eingeklemmte Darmstück zurückzubringen. Es zeigt sich jetzt, dass hier eine sogenannte Littre'sche Hernie vorhanden ist, indem nicht ein vollständiges Darmstück vorliegt, sondern nur ein Theil desselben und ein schmaler, unmittelbar an die Insertion des Mesenterium grenzender Saum ausserhalb erhalten ist. Das eingeklemmte Darmstück sieht blauschwarz aus, wie in beginnender Gangrän. Nach Entfernung der Darmschlinge aus dem For. sieht man, dass letzteres so weit ist, dass man leicht den kleinen Finger einbringen kann. Die Bruchpforte am inneren Rand ist sehr scharfrandig, man kann den kleinen Finger in den Bruchsack nicht mehr als $1^1/_2$" weit einbringen. Der Bruchsack ragt nach aussen unter die inneren Oberschenkelmuskeln als eine pralle kugelige Geschwulst vor, über der unmittelbar einige kleine Lymphdrüsen sitzen. Der Bruchsack ist von Wallnussgrösse; das For. obturatorium der andern Seite lässt gleichfalls die Spitze des kleinen Fingers einbringen und reicht das adhärente Netz noch wenig hinein. Indess endet hier der Kanal nach wenigen Linien blind. Dicht hinter dem Duodenum im Jejunum sitzen mehrere ins Mesenterium reichende Divertikel, wovon drei nur ganz klein sind und kaum die Fingerspitze aufnehmen, während ein viertes mehr als 1" lang und 1" breit, von der Grösse einer Wallnuss ist. Die Serosa dieser Divertikel sowie das anstossende Mesenterium sieht missfarbig wie nekrotisch aus; ihre Schleimhaut ist

geschwürig und diphtheritisch. Die Schleimhaut in der Nachbarschaft der eingeklemmten Stelle ist im Zustand hämorrhagischer Hyperaemie. Ausserdem findet sich geringe Hydrometra, Verschluss des Orif. uteri internum, hämorrhagische Endometritis, ein knopfförmiger Polyp in der Hinterwand des Corpus uteri.

2. Haupt. Frau von 61 Jahren. Nach eigenen und einer Angehörigen Angaben ist die Kranke früher im Ganzen gesund gewesen, hat nur öfters an Leibschmerzen und seit Jahren an Verstopfung gelitten, Unterleibsentzündung soll aber nie dagewesen sein. Nachdem sie vorher wieder eine Zeit lang stark verstopft gewesen war, trat am 29. und 30. Juni auf Abführmittel Durchfall ein; dann will die Kranke am 1. Juli mit heftigen Schmerzen im ganzen Unterleib plötzlich erkrankt sein, die Schmerzen dauern seitdem fort. Stuhlgang ist seitdem nicht dagewesen trotz massenhafter innerer Gaben von Ol. Ricini und Klystieren von Eiswasser mit Ricinusöl. Dagegen stellte sich bald zunehmendes Erbrechen ein, welches von Anfang an einen üblen Geruch gehabt haben soll, dabei immer grünlich und gelblich, nicht blutig aussah.

Die Kranke verfiel schnell und kam am 4. Juli Nachmittags in die Charité. Sie kam mit Klagen, sie habe seit vier Tagen keinen Stuhl gehabt; sie ist in hohem Grad abgemagert, Züge collabirt, Extremitäten kalt. Am Körper ist eine starke Auftreibung des ganzen Abdomens auffallend, unter dessen dünnen Bauch-

decken man schon mit blossem Auge ektasirte Dünndarmschlingen überall hindurch sieht. Das Abdomen fühlt sich überall teigig, elastisch an, Percussionston über ihm durchgängig gedämpft tympanitisch. Bruchpforten sind frei.

Kaltwasserklystiere bleiben ohne Erfolg; die Kranke erbrach auch während ihres hiesigen Aufenthalts in kurzen Pausen mässige Mengen gelblicher Flüssigkeit; diese schied sich beim Stehen in einen oberen, rein flüssigen und einen unteren, krümligen Theil und zeigte deutlich faecalen Geruch.

Nach wiederholten Klystieren und einer Injection von $^1/_8$ Gr. Morph. hydrochl. erfolgten zwei geringe gelbliche Entleerungen.

Morgens 3 Uhr erfolgte der Tod. Sectionsbefund. Von rechts unten nach links oben zieht sich das stark ausgedehnte Col. transversum. In der Bauchhöhle findet sich geringes eitriges Exsudat. Die Serosa der vorliegenden Gedärme ist überall intensiv geröthet und von einem matten Fibrinhauch überzogen. Von der Ileocoecalklappe kann man leicht die Dünndarmschlingen mehrere Fuss verfolgen. Der ganze untere Theil des Ileum ist eng und, je weiter von der Ileocoecalklappe, desto mehr contrahirt, so dass schliesslich der Umfang desselben einen Kleinfinger beträgt. Dieser enge Theil des Ileum liegt im kleinen Becken und führt schliesslich unmittelbar zum For. obtur. sinistrum, in welches er hineintritt, ohne dass es möglich ist durch

Ziehen an dem engen Theil desselben ihn herauszubringen. Unmittelbar daneben tritt aus dem For. obturatorium eine andere, im Gegensatz zu jener stark dilatirte Darmschlinge, und von da aus lassen sich die Dünndarmschlingen leicht bis zum Duodenum verfolgen, immer in beträchtlicher Dilatation. Eine schon ganz lose Zerrung an diesem obern Theil genügt, das eingeklemmte Stück zu befreien. Es zeigt sich dann, dass das eingeklemmte Darmstück nur sehr kurz ist, nicht einmal eine ganze Schlinge, sondern es stellt eine exquisite Littre'sche Hernie dar, indem noch ein kleines Stück dicht am Mesenterium ausserhalb der Einschnürung gelegen ist. Die eingeklemmte Portion ist ganz livid; die Injection setzt sich ganz scharf ab mit einer Strangulationmarke. Die letztere ist am schärfsten an der Seite, wo der dilatirte Abschnitt beginnt, und hier ist die Einschnürung soweit gehend, dass an einer kleinen Stelle von drei Mm. Ausdehnung die Darmwand perforirt ist. Das For. obturatorium dieser Seite ist so weit, dass man den Zeigefinger einführen und 1" weit vorschieben kann. Die innere Fläche dieser Bruchkante ist glatt, nach aussen liegt unmittelbar auf derselben eine etwa bohnengrosse Lymphdrüse. Auch das For. dextrum ist ziemlich weit, so dass man die Spitze des Kleinfingers leicht einbringen kann.

Orificium uteri internum clausum, Endometritis haemorrhagica.

Was zunächst bei der Statistik der Hern. obturatoria

auffällt, ist, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten Frauen im höheren Alter sind.

Unter den von Fischer gesammelten 52 Fällen sind nur 5 Männer, unter den 26 späteren 2. Zunächst liegt der Grund hierfür in den anatomischen Verhältnissen. Wegen der Weite des Beckens und der Anwesenheit des Uterus liegen beim Weibe mehr Eingeweide und diese tiefer im Becken, was bei dem ziemlich tief liegenden Eingang zum Can. obturatorius wesentlich in Betracht kommt. Ferner ist der R. horizontalis ossis pubis beim Weibe länger und stösst mit dem der andern Seite unter einem viel stumpferen Winkel zusammen. Die Folge davon ist ein kürzerer und weniger schiefer Verlauf des Can. obturatorius, ausserdem soll er beim Weibe im Allgemeinen weiter sein als beim Manne. Umgekehrte Verhältnisse finden im jüngern Alter statt, in dem noch nie eine solche Hernie beobachtet worden ist. Im höheren Alter kommt dazu, dass die Fettmassen, welche das For. obturatorium bei jüngeren Personen dermassen ausfüllen, dass gar kein Kanal, sondern nur eine nachgiebigere Stelle der Bauchwand sich dort vorfindet, schwinden und so den von Fischer sogenannten Ann. obturatorius frei machen, auch werden in Folge des Altersmarasmus die bei der Bildung des Can. obturatorius eine grosse Rolle spielenden fibrösen Theile nachgiebiger. Diese Verhältnisse sind an Leichen ermittelt worden. Dass eine ursprüngliche Weite des For. obturatorium zu diesen

Hernien disponirt, ist a priori einleuchtend und wird durch Fälle, wie die von mir mitgetheilten, wo man auch den Eingang auf der andern Seite erweitert fand, bestätigt.

Trotz alledem bleibt der Can. obturatorius eine sehr enge Bruchpforte; seine mehr horizontale Richtung, die klappenähnlich sich vorlegende M. obturatoria, der meist scharf vorspringende Rand der Incisura obtur., der Gegendruck der starken vorliegenden Oberschenkelmuskeln sind der Entstehung von Hernien sehr ungünstig und machen es nöthig, eine sehr gesteigerte Disposition der Eingeweide zur Bruchbildung anzunehmen. Diese findet sich nun allerdings bei Frauen viel häufiger als bei Männern, und wenn wir von den Leistenhernien absehen, bei denen wieder besondere Verhältnisse obwalten, sind die übrigen Formen der Hernien bei Frauen viel häufiger als beim Mann. Auch bei den Hernien des eirunden Lochs können wir im Verhältniss zu ihrer Seltenheit viel öfter prädisponirende Ursachen nachweisen, als bei den andern Formen. Wir finden sie deshalb auch in der Hälfte der Fälle mit anderen complicirt, häufig mit mehreren Hernien sogar.

Inwiefern die Entstehungsweise der H. obturatoria mit der Divertikelbildung des Peritoneums eng zusammenhängt, darauf komme ich später zurück und will hier nur noch einige Bemerkungen hinzufügen über die Disposition dazu bei den beobachteten Fällen von

H. obturatoria und bei Frauen im Allgemeinen. Vinson (Paris 1844) giebt an, dass die häufigste Complication von H. obturatoria vorausgegangene Peritonitis sei.

Dass Schwangerschaft auf ähnliche Weise die Entstehung von Hernien begünstigt, ist bekannt, und in den drei einzigen Fällen, wo diese Hernie bei jungen Frauen statthatte, machen wir die Bemerkung, dass bei zweien mehrere Geburten vorhergegangen waren. Lipomasie des Bauchfells führte in einem von Schuster mitgetheilten Falle zu ausgedehntester Divertikelbildung.

Roeser spricht ferner in einem Falle von offenbar angeborenen zahlreichen Divertikeln des Bauchfells.

Schuster macht einen Versuch, die Häufigkeit dieser Hernien bei Weibern mit Uterinkrankheiten in Zusammenhang zu bringen. Im ersten seiner Fälle findet sich Uterus bicornis mit stark entwickeltem rechten Horn bei rechtsseitiger Hernie; die P. vaginalis steht nach links. Im zweiten Fall ist der Uterus retrovertirt und bietet die Erscheinungen eines sehr alten Uterinkatarrhs. Der letztere findet sich auch in den beiden von mir mitgetheilten Fällen. Ausdrücklich erwähnt finden sich noch Uterinleiden in einem Fall von Blazina und von Roeser. Die Erschlaffung von Bauchfellfalten nach Lageveränderungen und die entzündlichen Vorgänge im Peritonealüberzug, welche lange Uterinkatarrhe begleiten, müssen die Entstehung von Hernien in der bereits angedeuteten Weise begün-

stigen, zumal diese Vorgänge in nächster Nähe des For. obturatorium stattfinden. Inwiefern sie jedoch einen specifischen Einfluss auf diese Hernien haben sollten, ist nicht einzusehen; ausserdem sind Uterinleiden bei alten Frauen etwas so häufiges, dass man ihre Complication mit H. obturatoria, von der man bei der Seltenheit dieser Hernie bis jetzt noch zu wenig Beispiele gesammelt hat, um aus den statistischen Zusammenstellungen ein Urtheil zu bilden, auf Kosten anderer disponirender Schädlichkeiten nicht betonen kann.

Roeser hat zuerst hervorgehoben, dass in der Mehrzahl der Fälle die Hernien nicht in der Weise entständen, dass der in den Bauchkanal tretende Darm das Peritoneum vor sich herdrängte, sondern dass zuerst ein leerer Bruchsack entstände, in den sich später der Darm hineinsenke. Er erklärt die Entstehung dieser Bruchsäcke durch Verwachsung subperitonealen Fettes in der Umgegend der Bruchkanäle. Bei den Bewegungen des Peritoneums entstehen dann Zerrungen der verwachsenen Theile, und es bildet sich so allmählich ein in den Kanal sich senkendes Divertikel. Auch kann man einen activen Zug der vermöge ihrer Schwere in den Bruchkanal sich senkenden kleinen Lipome annehmen. Eine solche Art der Entstehung nimmt Roeser hauptsächlich für die H. obturatoria in Anspruch. Wir können diese Theorie füglich erweitern, indem wir annehmen, dass entzündliche

Veränderungen des Peritoneums eben so sehr zur Verwachsung disponiren, und dass, wo auch solche Verwachsungen nicht stattfinden, das Peritoneum, soweit es durch Veränderungen irgend welcher Art seine Structur und frühere Resistenz eingebüsst hat, durch den Druck der Baucheingeweide in Folge der Action des Zwerchfells oder der Bauchpresse oder der peristaltischen Darmbewegung an den Stellen, wo die Bauchwand nachgiebig ist und keine feste Stütze mehr gewährt, in den Kanal hineingetrieben wird, ohne dass ein sofortiges Nachtreten des Eingeweides stattfinden muss. Schon Vinson sagt nun in Beziehung auf die H. obturatoria:

„Ich glaube, dass in der Mehrzahl der Fälle eine lange und permanente Arbeit die Bildung des Bruchsackes vorbereitet, lange bevor eine Portion des Netzes oder der Gedärme darin sich einklemmt oder für immer darin verweilt. Die Memb. obturatoria und der Can. obturatorius sind der Art für den Durchgang der Gefässe und des N. obturatorius von innen nach aussen geformt, dass man es nicht leugnen kann, dass daraus in Fällen der Atrophie des Fettgewebes im Kanal nicht ein beständiges Streben des Peritoneums hervorgehen sollte, sich durch die Oeffnung auszustülpen, gegen welche jene Theile es drängen, welche die Hernie zu bilden trachten. In dem Masse, wie der Can. obturatorius nachgiebt oder durch die Gewalt der Eingeweide sich vergrössert, begiebt sich das Peritoneum in dem

Kanale, welcher ihm geöffnet ist, mehr vorwärts, dehnt denselben aus und endigt damit, in diesem Theile ein Infundibulum in Form eines Handschuhfingers zu bilden. Dieser Zustand des Can. obturatorius und jener Partie des Peritoneums, welche sich in dessen Nähe befindet, existirt häufig bei alten Leuten, ohne dass sie deshalb mit einer eigentlichen H. obturatoria behaftet sind oder wenigstens, dass man bei den Leichenöffnungen einen Theil des Netzes oder der Gedärme im Can. obturatorius eingebettet findet. Ist aber dieser Sack einmal gebildet, so wird man begreifen, dass eine Partie des Netzes oder der Gedärme daselbst verweilen und zu allen Zufällen einer Hernie Veranlassung geben kann."

Wie in diesem Citat bemerkt, findet man häufig bei Obductionen leere Bruchsäcke im genannten Kanal, in vielen Fällen bei solchen, die auf der andern Seite mit einer wirklichen Hernie behaftet waren, dabei sind diese Hernien fast immer beweglich. Hierauf, sowie auf den Umstand, dass in der Hälfte der Fälle vor den Incarcerationserscheinungen öftere Koliken und Symptome der gehemmten Fortleitung des Darminhaltes auftraten, gründete Roeser, der mehr als irgend ein Anderer Fälle dieser Hernien beobachtet hat, die Behauptung, dass im gewöhnlichen Zustand die Bruchsäcke leer sind, dass nur vorübergehend Stücke des Darms sich darin befinden, die eben jene Symptome veranlassen, dass diese vielleicht dadurch entständen,

dass bei gewissen Schenkelstellungen der Can. obturatorius sich erweitert und so nur ein Stück Wand des Darms hineingebogen werde, der leicht wieder freigemacht werde, und dass es einer Gelegenheitsursache bedürfe, die sich allerdings oft nachweisen lässt, die Einklemmung eines grösseren Stück Darms zu bewirken, und dieses dann bei der Enge des For. obturatorium sofort verschlossen werde. Die Gründe, mit denen Roeser seine Vermuthung belegt, die anatomische Beschaffenheit des Can. obturatorius und die Betrachtung einer grossen Zahl der beschriebenen Fälle, sind für mich entscheidend, zumal sich hieran die Erklärung der sogenannten, sonst so schwer verständlichen Littre'schen Hernien schliesst, die sich hier so ausserordentlich häufig finden, dass man versucht ist zu glauben, dass in den Fällen, wo keine ausdrückliche Aufklärung über den Inhalt des Bruchsackes gegeben ist, man diese Form übersehen hat. Roeser vergleicht den Vorgang, durch welchen diese temporären Einklemmungen stattfinden, mit einer Art Ansaugung; bei der plötzlichen Druckabnahme auf Seiten der Weichtheile, wie oben schon bezeichnet, vielleicht nach gewissen Bewegungen, wird ein Stück der Darmwand durch den Druck der Eingeweide auf den scharfkantigen Ann. obturatorius fixirt. Durch die öftere Wiederholung dieses Vorgangs wird diese Stelle dann divertikelartig ausgezogen und kann alsdann leicht im grössern Umfang im Can. obturatorius eingeklemmt werden.

Nach Roeser findet also Incarceration statt, so wie überhaupt ein grösseres Stück dann die Bruchpforte passirt hat. Dies halte ich für die Regel; dass es nicht für alle Hernien gilt, lässt sich daraus schliessen, dass in manchen Fällen der Kanal so weit war, dass der Darm ganz gut darin verweilen konnte, ohne verchlossen zu werden, wie in einem Fall von Blazina, dass zweitens doch einige unbewegliche Hernien gefunden wurden, sowie einige Fälle beobachtet wurden, in denen sicherlich der Bruchsack längere Zeit ein Darmstück enthielt. In diesen Fällen kann nun jedenfalls eine Einklemmung nicht durch active Contraction der Bruchpforte hervorgebracht werden, denn diese enthält keine contractilen Elemente. Dieser Umstand veranlasste die Beobachter solcher Hernien, die Ursache der Einklemmung in einem andern Vorgange zu suchen. Bei jeder vorübergehenden Reizung, welcher vorliegende Darmpartieen sehr häufig ausgesetzt sind, bildet sich ein Entzündungs- und Exsudations-Process. Diese Exsudatmassen sind, ähnlich wie das Narbengewebe, einer selbstständigen Schrumpfung fähig, und eine neu hinzutretende Exsudation kann dann leicht eine Strangulation des vorliegenden Eingeweides bewirken. Diesen Vorgang hat man bis jetzt nur bei der H. obturatoria geltend gemacht. Aus dem Vorhergehenden werden wir schliessen, dass die Einklemmung dieser Hernien nur in seltenen Fällen auf solchem Wege zu Stande kommt. Dagegen werden

wir diese Theorie gerade auf die andern Formen, bei denen sie bisher noch nicht geltend gemacht worden ist, ausdehnen.

Die Incarceration findet nun wohl meist am Ann. obturatorius statt. Fischer, der die Anatomie der H. obturatoria in erschöpfender Weise behandelt hat, zählt noch andere Stellen auf. Der Vorgang ist jedoch bei keiner andern Stelle so leicht verständlich und mit den anatomischen Verhältnissen vereinbar als bei dieser. Der Beschreibung nach hat auch bei allen Fällen, die zur Section oder Operation kamen, die Einklemmung hier stattgefunden. Nur in einem Falle von B. Cooper reponirte sich die Hernie von selbst, nachdem man sie von aussen freigelegt hatte.

Dass bei diesen Darmwandbrüchen eine vollständige Verschliessung des Darmes nicht stattfindet, die Fortleitung des Darminhaltes desshalb nicht aus rein mechanischen Gründen unterbrochen wird, ist schon öfter von verschiedenen Seiten geltend gemacht worden. In der That scheinen die Incarcerationserscheinungen mehr auf dem Wege des Reflexes zu Stande zu kommen. Die krampfhafte Contraction der Darmmuskulatur verhindert, abgesehen von den Fällen, wo eine vollständige Unterbrechung der Continuität des Darmlumens schon die Entleerung unmöglich macht, ähnlich wie bei der Bleiintoxikation die Fortleitung des Darminhaltes. Das Erbrechen muss man wohl als ein rein nervöses Symptom auffassen, da es auch

in den Fällen, wo die Defaekation nicht vollständig gehemmt ist, vorkommt, wenn die Reizung der Darmwand nur intensiv genug ist; auch dauert es zuweilen noch nach vollkommen erfolgter Reposition fort, in welchem Fall wir keine andere Erklärung dafür finden können. Näher auf diese Frage einzugehen und die Umstände, welche diese Ansicht stützen, zu erörtern, liegt dem Plane dieser Arbeit zu fern, und es genügt hier darauf hingewiesen zu haben, da Berücksichtigung dieses Umstandes zum Verständniss mancher Krankengeschichten nothwendig ist.

Die Diagnose dieser Hernie bietet allerdings viele Schwierigkeiten. Indess ist doch hiermit in neuerer Zeit mit Glück der Anfang gemacht worden. Von den 26 neueren Fällen sind 17 diagnosticirt worden, und bei 4 anderen Fällen geben die Beobachter an, mangelhaft untersucht zu haben. Man muss allerdings unterscheiden zwischen Diagnose eines eingeklemmten und eines nicht eingeklemmten Bruchs. Könnten wir alle Fälle auf die Röser'sche Theorie zurückführen, so würde dieser Unterschied natürlich wegfallen, da nach ihr die Hernie eben nur im eingeklemmten Zustand vorkommt. Die wenigen Fälle, in denen sie ohne Incarcerationserscheinungen auftritt, oder wo sie keinen Darm enthält (nur drei solche Fälle sind beobachtet), machen sehr selten Symptome, welche auf eine Affection am For. obturatum hindeuten.

Man stellte sich früher die Diagnose deshalb so

schwer vor, weil man meinte, Bruchsäcke seien nur sehr selten zu fühlen, wegen der starken Muskulatur, welche vorliegt, und wegen der Kleinheit der Hernie. Diese Voraussetzung ist falsch. Bei einer Betrachtung des Kranken im Allgemeinen wird man allerdings selten einen Bruchsack finden, untersucht man jedoch die Gegend des For. obturatum speciell, so wird er meist wahrgenommen werden. Da der Bruch häufig mit andern complicirt vorkommt, so wird man allerdings häufig in der Lage sein, die Incarcerationserscheinungen auf diese zu beziehen; dauern jedoch nach Reposition einer äusserlich wahrnehmbaren Bruchgeschwulst die Erscheinungen der Darmeinklemmung fort, so wird sich jeder Arzt veranlasst fühlen, eine neue Untersuchung anzustellen.

Ein Bruchsack ist nun in den genannten 26 Fällen 15 Mal wahrgenommen worden, in den meisten andern Fällen hat man gar nicht danach gesucht. Oft bedarf es allerdings einer äussersten Sorgfalt. In einigen Fällen hat man nur die betreffende Stelle nicht vertieft, wie sonst, zuweilen etwas hervorgewölbt gefunden, meist jedoch hat man ihn, wenn auch nur schwach, gefühlt und öfter, was allerdings am schwierigsten, die gewöhnlichen Merkmale einer Bruchgeschwulst wahrgenommen. Die Percussion giebt, wie mir wahrscheinlich ist, wohl nur dann Aufschluss, wenn der Tumor auch der Palpation zugänglich ist. Fischer zählt vier Wege auf, die die Hernie beim Austritt aus dem Can.

obturatorius nehmen könnte. Leider sind die Beschreibungen der Fälle hierüber zu undeutlich, als dass man diese Frage durch die Statistik entscheiden könnte. Fischer entscheidet sich aus theoretischen Gründen für den Weg zwischen vorderem und mittlerem Theil des M. obturator externus, und in der That wird in den wenigen Fällen, wo die Beschreibungen hierüber Auskunft geben, dieser Weg angegeben. In einem einzigen Falle schlug die Hernie den ersten von Fischer angegebenen Weg ein zwischen R. horizontalis ossis pubis und M. obturator externus. Die Stelle, an der sie aufzusuchen ist, bildet ein Dreieck, dessen eine Seite der R. horiz. ossis pubis bis zum Ursprung des M. sartorius, die zweite der R. descendens bis zum Gracilis, die dritte die starke Masse der Adductoren bilden. In einigen Fällen ist die hier erscheinende Geschwulst für eine Cruralhernie gehalten worden und sogar darauf hin dreimal die Operation unternommen; die Form der Cruralhernien, welche man Retrovascularis genannt hat, manifestirt sich allerdings an der gleichen Stelle; doch ist der Unterschied durch Untersuchung des Ann. cruralis leicht festzustellen. Der Mangel eines Bruchsackes kann oft durch die Untersuchung per vaginam, beim Manne per rectum ersetzt werden, die leider bis jetzt sehr selten unternommen worden ist, per rectum noch gar nicht. Die Untersuchung per vaginam gab, sechs Mal unternommen, vier Mal Aufschluss; man kann sehr leicht den ins For. obturatorium sich

einsenkenden Strang fühlen.

Ebenso häufig als die Bruchgeschwulst sind in diesen 26 Fällen die Schmerzen im Schenkel beobachtet worden, welche zuerst Romberg als abhängig von der Compression des N. obturatorius und pathognostisch für diese Hernien erklärt hat. Die sensiblen Nerven, welche durch das For. obturatorium treten, versorgen nur einen kleinen Theil des Oberschenkels, die innere Fläche von der Mitte bis zum Knie. Dem entsprechend beschreiben auch die meisten Kranken den Schmerz als an der innern Seite des Oberschenkels bis zum Knie reichend. Diese ganz den neuralgischen Charakter tragenden Schmerzen werden oft begleitet von einer schmerzhaften Steifigkeit des betreffenden Beins und einem Gefühl von Eingeschlafensein. Das Bein wird im Hüftgelenk unbeweglich flectirt erhalten, da Streckung den Schmerz durch Vermehrung des auf dem Bruchsack lastenden Druckes steigert. Zuweilen scheinen auch die motorischen Fasern geradezu gelähmt zu sein, da die Kranken, wie bemerkt wird, in einigen Fällen bei der Aufforderung „den Schenkel an den Bauch zu ziehen", die Hände zu Hülfe nahmen.

Sonderbarer Weise ist gerade dies Symptom in neuerer Zeit angefochten worden: es sei in keinem wohl constatirten Fall von H. obturatoria dieser Schmerz beobachtet worden. Dem gegenüber verweise ich auf den ersten von mir mitgetheilten und auf einen 1867 von Labbé (Gazette des hôpit.) beschriebenen

Fall, in dem die später durch die Section bestätigte Diagnose allein auf diesen Schmerz begründet war. Der diagnostische Werth desselben wird allerdings durch verschiedene Umstände erheblich vermindert. Erstens fehlt er zuweilen ganz und gar, in andern Fällen besteht er nur kurze Zeit, in andern wird er erst durch Druck auf die Schenkelbeuge hervorgerufen.

Zweitens: Die Irradiation und die mangelhafte Fähigkeit der Kranken, über Sitz und Art der Schmerzen genaue Auskunft zu geben, namentlich solcher Kranken, mit denen wir es hier zu thun haben, alter Frauen, meist im höchsten Grade der Erschöpfung, lassen es nicht dazu kommen in manchen Fällen, eine bestimmte Qualität des Schmerzes zu ermitteln. Dass der Schmerz bis zum Knie gehe, habe ich nur in acht Fällen ausdrücklich bemerkt gefunden. Allerdings hat dies wohl darin seinen Grund, dass meist nicht so bestimmt darauf geachtet worden ist; dagegen wird in drei Fällen ausdrücklich hervorgehoben, dass die Schmerzen bis in den Fuss sich erstreckten.

Drittens sind die Schmerzen durchaus nicht pathognostisch, sondern lassen noch andere Deutungen zu. Der Hauptsache nach wird dies jedoch nicht schwer ins Gewicht fallen. Bestehen daneben Incarcerationserscheinungen, so wird der Verdacht einer H. obturatoria mit Nothwendigkeit erhoben werden müssen. Treten jedoch nur Symptome der gehemmten Fortleitung des Darminhaltes mit vorübergehenden Koliken

auf, so kann der Complex der Erscheinungen leicht mit Hysterie verwechselt werden. Diese Verwechselung wird noch wahrscheinlicher, wenn wir berücksichtigen, dass die unbedeutenden Einklemmungen, mit denen wir es hier zu thun haben, selten palpable Symptome bieten, dass die Patienten alte Frauen, häufig mit Uterinleiden sind. Ausserdem gesellen sich nach Romberg zur Neuralgie des N. obturatorius zuweilen irradiirende Schmerzen in andern Körpertheilen, in einem Falle Schmerzen der linken Brust und des Armes zu rechtsseitiger Hernie. In solchen Fällen ist eine richtige Diagnose wohl oft ein Ding der Unmöglichkeit.

Treten keine Erscheinungen von Seiten des Darmes hinzu, so kann an eine Nierenaffection oder andre Erkrankungen in der Schenkelbeuge gedacht werden, bei denen ebenfalls solche Neuralgien beobachtet werden, doch sind diese Leiden einer anderweitigen Untersuchung zugänglich.

Neuralgieen des N. cruralis und obturatorius ohne anatomisch nachweisbare Veränderungen werden schliesslich in ungefähr eben der Häufigkeit beobachtet, als die fraglichen Hernien. Dagegen ist eine Verwechselung mit Ischias wohl schwerlich zu fürchten. Der Schmerzhaftigkeit der Gegend des For. ovale auf Druck ist erst in neuerer Zeit grössere Beobachtung gewidmet worden, obgleich schon Roeser darauf aufmerksam gemacht hat. Sie scheint ein sehr constantes Sym-

ptom zu sein und lässt nicht leicht eine Missdeutung zu. Auch ist sie leicht zu ermitteln und lässt sich in zweifelhaften Fällen der Vergleich mit der andern Seite anstellen; auch sie ist per vaginam geprüft worden und mit Erfolg.

Was die Therapie anbetrifft, so kann ich mich dem verwerfenden Urtheil über die Bruchbänder aus Gründen, die ich nach den vorhergehenden Ausführungen nicht erst aufzuzählen brauche, anschliessen. Etwas anderes ist es mit der Taxis. Das allgemeine Urtheil scheint sie zu verwerfen, die meisten, die eine Behandlung versuchten, haben sofort mit der Herniotomie begonnen. Indess sind die Hernien meist klein, fast stets beweglich; ausnahmlos wird angegeben, dass sich die Darmschlingen durch Ziehen am Darm leicht zurückbringen liessen. Eine Erschwerung der Reposition durch active Contraction der Bruchpforte ist nicht möglich. Die Einklemmung ist fast immer eine ganz akute. Diese Betrachtungen sollten für die Reposition stimmen. Wenn wir von den unsichern Nachrichten der ältern Chirurgen absehen, so ist sie Eschenmann, Hager, Roeser zweimal, Werner, Pech zweimal bei derselben Person gelungen. Während die Herniotomie, 11 Mal ausgeführt, nur 3 Personen das Leben rettete, ist dies bei der Taxis bei 5 der Fall gewesen.

Allerdings ist hier die Regel, mit der Taxis nicht die Zeit zu versäumen, strenger als irgend sonst zu

beobachten. Die Erfahrung bestätigt es, und die Beschaffenheit der unelastischen Bruchpforte, der scharfkantigen Incis. obturatoria machen es nur zu erklärlich, dass hier schneller als sonst heftige Peritonitis und Perforation eintritt, und diese Gefahr wird durch eine ausgedehnte Taxis leicht gesteigert. Die gewöhnlich zu späte Diagnose und in Folge dessen verzögerte Operation erklärt wohl die grosse Zahl der Opfer bei der Operation dieser Hernie.

Mit Berücksichtigung dieser Umstände mag man die Taxis immerhin erst versuchen. Roeser, der das Verfahren angegeben hat, beschreibt es:

„Auch für die Reposition möchte Wesentliches gewonnen werden, wenn man nach festgestellter Diagnose meine früher (in der vorangehenden Krankengeschichte) angegebene Manipulation des Drückens und Knetens an der mehrfach bezeichneten Stelle des Schamberges durch einen Gehülfen, verbunden mit dem Drücken der einen Hand, mit flach aneinander gelegten Fingern, dicht hinter dem Querast des Schambeines hinab gegen das Kreuzbein mit dem Einbringen so vieler Finger der andern Hand, als in die Scheide oder den Mastdarm eingeführt werden können, vereinigt, welche in die Scheide oder bei Männern nach entleerter Blase in den Mastdarm eingeführte Finger man an oder in die Gegend der Einklemmung führt und mit den von der andern Hand oberhalb dem Schambeine eingesenkten zu verbinden sucht und dann die zwischenliegenden Theile gegen das Kreuzbein zerrt.“

Diese etwas wirre Beschreibung wird aus seinen Krankengeschichten deutlicher. Die erste Hand versucht, wie man es bei andern Hernien thut, durch direkten Druck von aussen auf den Tumor, da, wo man ihn fühlt, zurückzudrängen; die zweite, in die Scheide eingeführt, sucht den von innen in das For. obturatorium sich einsenkenden Strang durch Streichen nach hinten und oben in das Becken zurückzubringen, während die dritte oberhalb des R. horizontalis auf denselben Strang einzudringen sucht und die zweite durch Streichen in gleicher Richtung unterstützt, so dass der Darm zwischen diesen beiden Händen fixirt wird.

In Ermangelung eines Gehülfen genügt es, die erste Manipulation mit der zweiten zu verbinden, auf welche Weise Roeser selbst eine Einklemmung löste.

Diese schmerzhafte Manipulation wird durch Chloroform wesentlich unterstüzt, sowie dadurch, dass man sie in erhöhter Steisslage vornimmt. Während Fischer noch 1852 die Operation einer eingeklemmten Hernie des eirunden Lochs als eine fast unmögliche Operation hinstellte, ist sie jetzt, wenn man den streitigen Fall von Malaval weglässt, 11mal ausgeführt worden und zwar ohne irgend welche besondere Schwierigkeit. Dreimal hatte man infolge falscher Diagnose den Schnitt zuerst nach dem Ann. cruralis gerichtet und erst, als man Nichts fand, den Irrthum verbessert. Hierbei sind sogar mehr Erfolge erzielt worden, als bei richtiger

Diagnose, da in den anderen 8 Fällen eine, hier zwei Personen gerettet wurden.

Die Technik der Operation bietet keine besondere Schwierigkeiten, da man die Einklemmung immer mit grösster Wahrscheinlichkeit am Ann. obturatorius zu suchen hat; da der M. pectineus durchschnitten wird, zuweilen auch zur Freilegung des Bruchsacks eine theilweise Trennung des M. obturator. externus nöthig wird, so wird man Ursache haben, einen recht grossen Hautschnitt anzulegen. Ob man diesen einen halben Zoll mehr nach rechts oder links legt, und ob man den M. pectineus der Quere oder der Länge nach oder schräg durchschneidet, worauf die Autoren sonderbarer Weise viel Gewicht legen, darüber wird sich wohl im Allgemeinen Nichts entscheiden lassen, sondern muss dem Ermessen des Operateurs im speciellen Fall überlassen bleiben. Alle diese Methoden sind versucht worden, und sind alle bequem gewesen. Am besten drängt man vielleicht, wie dies Ulrich gethan, die Fasern des Pectineus mit den Fingern auseinander.

Die Hebung der Einklemmung hat bis jetzt nie Schwierigkeiten gemacht. Man kann die Erweiterung der Membr. obturatoria mit dem Finger oder mit stumpfen Haken vornehmen, wie dies Heiberg und Wilms gemacht. Braucht man das Messer, so soll man erst mit dem Finger nach der Arterie suchen, um ihre Durchschneidung zu vermeiden. Die Lage derselben, sowie des N. obturatorius in Beziehung auf

den Bruchsack ist sehr inconstant. Fühlt man sie nicht, so thut man am besten, die Schnittwunde nach innen zu legen, da sie da bis jetzt nur einmal gefunden wurde.

Zweimal gelang es, den Bruchsack uneröffnet zu reponiren. Zweimal fand man den Darm bereits perforirt und legte Kothfisteln an.

Aus diesen Zusammenstellungen ersieht man, dass sich genug Momente zur Diagnose einer H. obturatoria bieten, dass dieselbe heutzutage durchaus nicht mehr zu den diagnostischen Kunststücken gehört, wenngleich die Schwierigkeiten, die sie doch nur in der Minderheit der Fälle bietet, nicht geleugnet werden sollen; dass endlich, wenn man sich nur zu schnellem Handeln entschliesst, die Behandlung keine so ausserordentlich ungünstige Prognose giebt.

Wer bedenkt, welche ängstliche Untersuchung alle Fälle von Verschliessung des Darmkanals nöthig machen, wird es gewiss für keine minutiöse Vorsicht halten, auch das For. obturatorium einer Untersuchung zu unterwerfen, wenn sich nichts Anderes ergiebt.

Es lässt sich daher die Hoffnung aussprechen, dass die H. obturatoria, die bis jetzt mehr unter den Seltenheiten der pathologischen Anatomie figurirte, hinfort

den ihr gebührenden Platz in der speciellen Pathologie angewiesen erhalten wird, und dass solche Fälle, wie der Lorinser'sche, wo eine auf richtiger Diagnose gegründete Operation der Patientin das Leben rettete, nicht mehr die einzige Ausnahme bilden, und die Resultate der Therapie auch auf diesem Gebiete nicht hinter dem Rufe zurückbleiben werden, den die heutige Chirurgie wohlverdientermassen sich vindiciren kann.

THESEN.

1. Bei Hernia obturatoria ist das Tragen eines Bruchbandes unnütz.
2. Bei der Pneumonie ist keine eingreifende Behandlung nöthig.
3. Das Unternehmen der sogenannten Radikalheilung der Hernien ist verwerflich.

Verfasser, geboren zu Niesky in der Preussischen Oberlausitz am 11. März 1845, evangelischer Confession, besuchte das Gymnasium zu Hirschberg in Schlesien, von wo er Ostern 1864 mit dem Zeugniss der Reife entlassen wurde. Er studirte sodann auf der Universität Würzburg, welche er im Jahre 1866 mit Berlin vertauschte. Das Tentamen physicum absolvirte er im März 1867. Während seiner Studienzeit hörte er die Vorträge folgender Lehrer: Bergson, v. Bezold, Cohnheim, Ebert, Frerichs, Guttmann, Hüter, Kölliker, v. Langenbeck, Meyer, Rosenthal, Reichert, Schenk, Scherer, Schöller, Traube, Virchow.